

II. Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald.  
(Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Mosler.)

**Drei Fälle von fieberhaftem infectiösem Icterus.**

Von Dr. **Bruno Leick**, Assistenzarzt.

Für keinen aufmerksamen Leser der im Nachstehenden angeführten Krankengeschichten wird es zweifelhaft sein, dass wir hier drei Fälle jener Erkrankung vor uns haben, auf die Weil als erster in Deutschland im Jahre 1886 die Aufmerksamkeit lenkte, indem er im 39. Bande des Deutschen Archivs für klinische Medicin „über eine eigenthümliche, mit Milztumor, Icterus und Nephritis einhergehende acute Infectionskrankheit“ berichtete. In den von ihm beschriebenen vier Fällen handelte es sich „um acut fieberhafte, mit schweren nervösen Erscheinungen, ausserdem mit Schwellung der Milz und Leber, Icterus, nephritischen Symptomen einhergehende Erkrankungen, die aber nach verhältnissmässig kurzer Dauer des schweren Krankheitsbildes einen raschen, günstigen Verlauf nahmen.“<sup>1)</sup> Weil, vor dem übrigens in Frankreich schon Landouzy,<sup>2)</sup> Chauffard<sup>3)</sup> und Mathieu<sup>4)</sup> hierhergehörige Beobachtungen mitgetheilt hatten,<sup>5)</sup> lässt die Frage offen, ob es sich in den von ihm geschilderten Fällen um eine neue, bis dahin nicht bekannte Infectionskrankheit handle, oder ob man dieselben als mit Icterus und Nephritis verlaufende Abortivtyphen aufzufassen habe.

Der Weil'schen Publication folgten in schneller Reihenfolge die Berichte einer ganzen Reihe namhafter Forscher über ähnliche oder gleiche Beobachtungen, und es entspann sich eine lebhafte Discussion über die Frage, ob man berechtigt sei, auf Grund des bis dahin vorliegenden Materials die Affection als einen neuen Morbus sui generis, als „Weil'sche Krankheit“ aufzufassen oder nicht. Die Entscheidung dieser Frage ist auch heute noch nicht getroffen, zumal da bis jetzt nur vereinzelte Sectionsberichte bekannt gegeben sind und auch diese die zur Aufstellung einer Krankheitseinheit nöthige Uebereinstimmung durchaus vermissen lassen. So z. B. sagt Nauwerck,<sup>6)</sup> der über zwei secirte Fälle verfügt, in dem Schlusswort zu seiner Mittheilung: „Bis weitere anatomische Erhebungen vorliegen, scheint immerhin das verschiedene anatomische Verhalten des Darms eine Warnung zu enthalten, dass man eine auch klinisch doch ziemlich vielgestaltige Krankheit nicht zu frühzeitig als Einheit hinstellen möge. Die mitgetheilten Fälle beweisen, dass es in der That richtig war, eine „Weil'sche Krankheit“ von den bekannten Infectionskrankheiten abzuzweigen; sie scheinen aber gleichzeitig zu zeigen, dass die „Weil'sche Krankheit“ der anatomischen und damit wohl auch der ätiologischen Einheit ermangelt.“

Aus diesem Grunde habe ich, dem Vorschlage A. Fraenkel's<sup>7)</sup> folgend, die Bezeichnung „fieberhafter infectiöser Icterus“ gewählt.

<sup>1)</sup> Weil, l. c. S. 215.

<sup>2)</sup> Landouzy, Fièvre bilieuse ou hépatique. Typhus hépatique. Gazette des hôpitaux 1883.

<sup>3)</sup> Chauffard, Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal. Revue de méd. 1885.

<sup>4)</sup> Mathieu, Typhus hépatique bénin. Revue de méd. 1886.

<sup>5)</sup> Auch in Deutschland hatte schon im Jahre 1881 in No. 16 der Wiener allgemeinen medicinischen Wochenschrift Weiss über „infectiösen Icterus“ berichtet. Jedenfalls handelte es sich dabei um hierher zu zählende Fälle.

<sup>6)</sup> Nauwerck, Zur Kenntniss der fieberhaften Gelbsucht. Münchener med. Wochenschr. 1888, No. 35.

<sup>7)</sup> Realencyclopädie der gesammten Heilkunde. 2. Auflage, Bd. 21, S. 267.

Dieselbe schien mir passender als die von Stirl<sup>1)</sup> gebrauchte: „infectiöse fieberhafte, mit Icterus complicirte Gastroenteritis“, da über die Betheiligung des Digestionsapparates bei der vorliegenden Affection, wie auch der oben angeführte Ausspruch Nauwerck's zeigt, die Anschauungen noch auseinandergehen.

Mittheilenswerth erschienen mir die in der Greifswalder Klinik beobachteten Fälle, für deren Ueberlassung ich Herrn Geheimrath Mosler auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank ausspreche, aus verschiedenen Gründen. Einmal ist das bis jetzt vorliegende Material immerhin doch noch ein beschränktes, wenngleich Werther<sup>2)</sup> schon im Jahre 1889 71 Fälle zusammenstellen konnte und Fiedler<sup>3)</sup> 1892 sogar von circa 120 Krankengeschichten spricht, zum andern gehen auch über die klinischen Symptome der in Rede stehenden Erkrankung die Ansichten noch so weit auseinander, dass jeder neue Beitrag, zumal wenn er möglichst ausführliche Krankengeschichten bringt, erwünscht sein muss. Dass thatsächlich das ganze Gebiet der sogenannten Weil'schen Krankheit ein Tummelplatz widersprechender Meinungen und Auffassungen ist, mag der Umstand illustriren, dass z. B. Weiss<sup>4)</sup> eine ganze Reihe von Fällen, die von ihren Autoren als dem fraglichen Gebiet zukommend aufgefasst und veröffentlicht worden sind, als nicht hierher gehörig oder als nicht eindeutig zurückweist. Die von Roth<sup>5)</sup> mitgetheilte Beobachtung möchte er als bilöse Pleuropneumonie aufgefasst wissen, von den beiden Wagner'schen<sup>6)</sup> Fällen erscheint ihm der erste nicht einwandfrei, und auch über die von Fiedler<sup>7)</sup> veröffentlichten spricht er sich mit einer gewissen Reserve aus. Das gleiche Schicksal theilt der von A. Fraenkel<sup>8)</sup> publicirte Fall, der übrigens auch von anderen, so z. B. von Wassilieff<sup>9)</sup>, als nicht zur Weil'schen Krankheit gehörig betrachtet wird.

Waren dies alles schon Momente, welche mir die Mittheilung der in der Mosler'schen Klinik beobachteten Fälle gerechtfertigt erscheinen liessen, so kommt als wichtigster Punkt hinzu, dass sie vielleicht geeignet sind, nach der ätiologischen Seite hin etwas zur Klärung der in ihrem eigentlichen Wesen noch immer dunklen Krankheit beizutragen.

Fall 1. Am 20. Juli d. J., Vormittags, wurde der 23 Jahre alte Feldarbeiter Heinrich L. von dem nahegelegenen Gute P. in schwer krankem Zustande in die Greifswalder medicinische Universitätsklinik eingeliefert. Wie die Anamnese ergab, war der sonst stets gesund und kräftig gewesene Mann vor zehn Tagen (10. Juli) plötzlich bei der Arbeit von allgemeiner Schwäche und Krankheitsgefühl befallen worden, so dass er sich sofort zu Bett begeben musste, das er bis zum Tage der Aufnahme nicht wieder verlassen hat. Bald — genauere Angaben waren nicht zu erlangen — trat Gelbfärbung der gesamten Körperoberfläche auf, der Appetit schwand vollständig; ferner machte sich ein hochgradig gesteigertes Durstgefühl und eine ziemlich stark ausgesprochene Apathie und Somnolenz bemerkbar. In den letzten Tagen mehrfach Nasenbluten. Eine Ursache für die Erkrankung wird zunächst nicht angegeben, nur erzählt seine ihn begleitende Mutter, dass ein zweiter Arbeiter desselben Gutes in gleicher Weise erkrankt sei.

20. Juli (11. Krankheitstag). Bei der Untersuchung des kräftig gebauten, in leidlichem Ernährungszustande befindlichen Mannes fällt zunächst die hochgradig icterische Verfärbung der Haut auf; dieselbe war so intensiv, dass Herr Geheimrath Mosler den Kranken, der gerade während des klinischen Unterrichts eingeliefert wurde, seinen Zuhörern als einen Fall von Melasicterus demonstrieren konnte. Die Körpertemperatur ist gesteigert: 10 Uhr Vormittags 38,2°, 4 Uhr Nachmittags 39,2°, 7 Uhr Abends 38,6°.

Patient macht einen äusserst schwerkranken Eindruck. Das Sensorium ist zwar nicht vollkommen benommen, doch besteht eine sehr ausgeprägte Apathie und Somnolenz, so dass der Kranke für gewöhnlich

<sup>1)</sup> Stirl, Zur Lehre von der infectiösen, fieberhaften, mit Icterus complicirten Gastroenteritis. Deutsche medicinische Wochenschrift 1889, No. 39.

<sup>2)</sup> Werther, Morbus Weillii. Deutsche medicinische Wochenschrift 1889, No. 52, S. 1063.

<sup>3)</sup> Fiedler, Weitere Mittheilungen über die Weil'sche Krankheit. Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. 50, S. 232.

<sup>4)</sup> Weiss, Zur Kenntniss und zur Geschichte der sogenannten Weil'schen Krankheit. Wiener med. Wochenschrift 1890, No. 11—15.

<sup>5)</sup> Roth, Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 41, S. 314.

<sup>6)</sup> Wagner, Zwei Fälle von fieberhaftem Icterus (Weil). Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. 40, S. 621.

<sup>7)</sup> Fiedler, Zur Weil'schen Krankheit. Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. 42, S. 261.

<sup>8)</sup> A. Fraenkel, Zur Lehre von der sogenannten Weil'schen Krankheit. Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 9.

<sup>9)</sup> Wassilieff, Ueber infectiösen Icterus. Wiener Klinik 1889, Heft 8 und 9, S. 271.

vollständig theilnahmlos in halb schlafendem Zustande daliegt. Er reagiert auf lautes Anrufen und weiss auch nach einigem Nachdenken sich in seiner Umgebung zu orientiren. Kein Kopfweh, kein Schwindelgefühl, dagegen grosse Schlafneigung. Patient behauptet weder gut sehen noch gut hören zu können. Die Pupillen sind beide gleich weit, ziemlich eng, reagieren auf Lichteinfall. Bewegungen des Bulbus und der Lider normal. Facialis intact, an den Extremitäten keine Störungen der Sensibilität und Motilität, soweit bei dem benommenen Zustande des Kranken eruirbar, Patellarreflexe nicht auszulösen, Cremaster-, Bauchdecken- und Fusssohlenreflex vorhanden. Irgendwelche Schmerzen oder sonstige Klagen werden von dem Patienten nicht geäußert.

Urin trübe, ictersch verfärbt, giebt deutliche Gallenfarbstoffreaction. Im filtrirten Harn Spuren von Eiweiss, kein Zucker, specifisches Gewicht 1010. Aus der Urethra entleeren sich auf Druck einige Eitertropfen; dieser Ausfluss soll erst seit der Krankheit bestehen, Gonococci nicht nachzuweisen. Aeussere Genitalien normal, Leistendrüsen ein wenig geschwollen.

Der Appetit liegt völlig darnieder, das Durstgefühl ist ausserordentlich gesteigert, Lippen und Zunge sehr trocken, letztere mit starkem bräunlichem Belag. Schlucken nicht behindert; es besteht fortwährender Singultus. Eigenthümlich saurer Foetor ex ore, kein Erbrechen. Keine Schmerzen im Leibe, Stuhlgang angeblich in Ordnung. Auf Oeleinguss erfolgt normal gefärbter Stuhl. Die Inspection des Abdomens zeigt nichts Abnormes, Palpation nicht schmerzhaft, leichtes Gurren in den Gedärmen. Leber auf Druck leicht schmerzhaft, obere Lebergrenze normal, untere etwas nach abwärts gerückt, Höhe der Leberdämpfung in der Mammillarlinie 14 cm. Milz nicht zu palpieren, durch die Percussion keine deutliche Vergrösserung nachzuweisen. Der hochgradige Icterus soll seit circa acht Tagen bestehen und lebhaften Juckreiz verursacht haben, wovon noch einige Kratzeffekte Zeugnis geben.

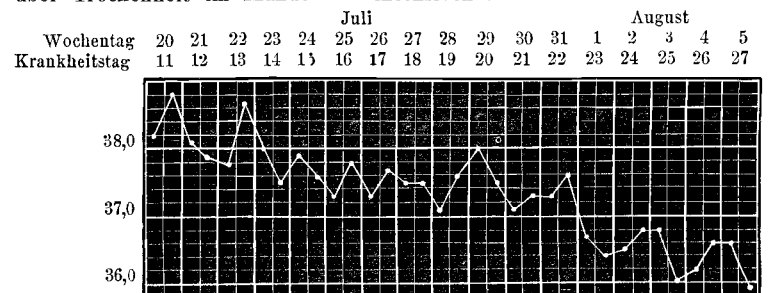
Die Percussion des Herzens ergibt normale Lage und Grösse; bei der Auscultation unreine Töne, besonders an der Pulmonalis. Puls kräftig, regelmässig, 100 Schläge in der Minute.

Die Lungen erweisen sich bei der Untersuchung als gesund.

Therapie: Bettruhe, flüssige Diät, etwas Wein, Bad von 28° R auf 25° abgekühlt, 1 l physiologischer Kochsalzlösung per anum.

Am Abend erfolgt ein etwas weniger als normal gefärbter Stuhl.

21. Juli (12. Krankheitstag). Allgemeinzustand im wesentlichen unverändert, Milz deutlich vergrössert, Leber nicht; Benommenheit nicht so stark wie gestern, Sprache etwas lahm und schleppend; Patient klagt über Trockenheit im Munde und intensiven Durst. Urin sehr reichlich,



4000 ccm, sehr stark gallenfarbstoffhaltig; bei der mikroskopischen Untersuchung finden sich vereinzelt, durch Gallenfarbstoff ictersch gefärbte granulirte Cylinder. Stuhl erfolgt mehrfach, von festweicher Consistenz, etwas heller als normal. Die Blutuntersuchung ergibt eine geringe Vermehrung der weissen Blutkörperchen, sonst nichts Abnormes. Puls zwischen 80 und 90 Schlägen, Respiration 20.

Temp.: 5 Uhr Vormittags 38,3°	3 Uhr Nachmittags 38,3°
7 " " 38,3°	5 " " 38,1°
9 " " 38,0°	7 " " 37,2°
11 " " 37,7°	

Die Therapie bestand an diesem Tage in flüssiger Diät, etwas Wein, Bad von 28° auf 25° R abgekühlt, Vormittags und Nachmittags je 1 l physiologischer Kochsalzlösung per anum. Am Nachmittag 1 l sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung subcutan.

22. Juli (13. Krankheitstag). Befinden wenig verändert, Zunge mit starkem fuliginösem Belag, sehr trocken; hochgradiger Durst, Patient trinkt sehr viel (Milch, Wein, Suppen, Wasser). Am Mittag plötzlicher Temperaturanstieg, am Nachmittag wieder Abfall. Icterus, Leber- und Milzbefund unverändert. Urin stark ictersch verfärbt, Spuren von Eiweiss enthaltend, 2300 ccm. Durchfall mehrmals, braun gefärbt. Puls 80 bis 86. Respiration 22.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 37,8°	1 Uhr Nachmittags 40,2°
9 " " 37,8°	3 " " 37,9°
11 " " 37,9°	5 " " 37,8°
	7 " " 38,8°

Die Therapie bleibt dieselbe, wie auch an den folgenden Tagen.

23. Juli (14. Krankheitstag). Urinmenge 1800 ccm, wenig Eiweiss, viel Gallenfarbstoff. Stuhl mehrmals, flüssig, von normaler Färbung; Haut hochgradig ictersch, Puls 80—88, Respiration 20—24.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 37,8°  
 9 " " 38,1°  
 11 " " 38,1°

1 Uhr Nachmittags 37,8°  
 3 " " 37,9°  
 5 " " 36,8°  
 7 " " 37,6°

24. Juli (15. Krankheitstag). Das Befinden zeigt eine entschiedene Besserung; Patient äussert Verlangen nach fester Nahrung; Benommenheit völlig geschwunden, Icterus geringer, Urinmenge 3000 ccm; mehrfache Durchfälle, etwas heller als normal. Puls 76—92, Respiration 20.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 38,2°  
 9 " " 37,4°  
 11 " " 38,1°

1 Uhr Nachmittags 37,7°  
 3 " " 37,8°  
 5 " " 37,4°  
 7 " " 37,6°

25. Juli (16. Krankheitstag). Weitere Besserung; Patient nimmt theil an seiner Umgebung; zum ersten Mal feste Nahrung. Sonst dieselbe Therapie (zwei Einläufe, Infusion, Bäder). Durchfall von normaler Farbe. Urinmenge 3400 ccm. Gallenfarbstoff im Harn kaum noch nachzuweisen. Spuren von Eiweiss. Puls 78—80, Respiration 20—24.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 37,8°  
 9 " " 37,4°  
 11 " " 37,0°

1 Uhr Nachmittags 37,5°  
 3 " " 37,6°  
 5 " " 38,0°  
 7 " " 38,0°

26. Juli (17. Krankheitstag). Status idem. Wegen der zahlreichen Durchfälle nur ein Einlauf. Im Urin — 4000 ccm — Gallenfarbstoff nicht mehr deutlich nachzuweisen. Puls 80—88, Respiration 20.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 37,3°  
 9 " " 37,2°  
 11 " " 37,5°

1 Uhr Nachmittags 37,4°  
 3 " " 38,1°  
 5 " " 37,7°  
 7 " " 37,7°

27. Juli (18. Krankheitstag). Von heute an werden wegen des guten Allgemeinbefindens keine subcutanen Kochsalzinfusionen bei dem Patienten mehr gemacht. Urinmenge 4000 ccm. Eiweiss und Gallenfarbstoff nicht deutlich nachzuweisen. Puls 80, Respiration 20—24.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 37,7°  
 9 " " 37,7°  
 11 " " 37,2°

1 Uhr Nachmittags 37,6°  
 3 " " 37,7°  
 5 " " 37,4°  
 7 " " 37,4°

28. Juli (19. Krankheitstag). Urinmenge 4500 ccm. Zahlreiche, zum Theil etwas hell gefärbte Durchfälle. Puls 72—90, Respiration 20—22.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 37,4°  
 9 " " 37,0°  
 11 " " 37,0°

1 Uhr Nachmittags 37,2°  
 3 " " 38,3°  
 5 " " 37,2°  
 7 " " 37,8°

29. Juli (20. Krankheitstag). Allgemeinbefinden sehr gut; heute Morgen eine kurz dauernde Temperatursteigerung bis auf 38,8° ohne nachweisbare Ursache. Icterische Verfärbung der Haut nur noch gering; irgend welche Beschwerden werden vom Patienten nicht geklagt. Von heute an fallen die Einläufe fort; die Therapie beschränkt sich auf kräftige, leicht verdauliche Nahrung, täglich ein warmes Bad; täglich eine halbe Flasche Wiesbadener Kochbrunnen. Die Zunge ist noch etwas belegt und trocken, Stuhl zweimal am Tage, von normaler Consistenz, etwas heller als normal. Leber nicht vergrössert, nicht druckempfindlich, Milz nicht mehr deutlich als vergrössert nachzuweisen. Urinmenge reichlich, 4000 ccm, etwas trübe, ohne Gallenfarbstoff, Eiweiss in minimalen Spuren. Puls 72 bis 84, Respiration 20—22.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 38,8°  
 11 " " 37,1°

3 Uhr Nachmittags 37,5°  
 7 " " 37,4°

30. Juli (21. Krankheitstag). Urinmenge 3500 ccm, ohne Gallenfarbstoff, Eiweiss in Spuren. Stuhl mehrmals, etwas hell, theils von normaler Consistenz, theils durchfällig. Puls 64—72, Respiration 20.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 37,5°  
 11 " " 36,7°

3 Uhr Nachmittags 37,0°  
 7 " " 37,5°

31. Juli (22. Krankheitstag). Urinmenge 2570 ccm, leicht getrübt. Eiweiss in Spuren. Stuhl zweimal, von normaler Farbe und Consistenz, Puls 66—80, kräftig, leicht dicrot, Respiration 20.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 37,4°  
 11 " " 37,2°

3 Uhr Nachmittags 37,3°  
 7 " " 37,8°

1. August (23. Krankheitstag). Die Besserung schreitet weiter fort. Appetit gut, Stuhl von normaler Farbe und Consistenz. Am Herzen reine Töne; eitriger Ausfluss aus der Urethra geschwunden. Urinmenge 2600 ccm. Puls 70, Respiration 20.

Temp.: 7 Uhr Vormittags 36,6°  
 11 " " 36,7°

3 Uhr Nachmittags 36,5°  
 7 " " 36,3°

Von diesem Tage bis zum Tage der Entlassung — 14. August (36. Krankheitstag) — steigt die Temperatur nicht mehr über 36,9; theilweise finden sich sogar recht niedrige Werthe, wie 36,0°, 35,8°, einmal sogar 35,4° notirt.

Das Allgemeinbefinden ist andauernd ein gutes. Vom 2. August an ist Eiweiss im Urin nicht mehr nachzuweisen. Der Urin ist klar, nur bisweilen leicht getrübt, seine Menge schwankt zwischen 2300 und 3100 ccm.

Stuhl erfolgt mehrmals täglich, von normaler Farbe und Consistenz. Appetit gut. Am 4. August (26. Krankheitstag) verlässt Patient zum ersten Male das Bett. In den ersten Tagen noch leichte Schmerzen in den Waden, welche jedoch bald schwinden. An der gesammten Körperhaut macht sich eine leichte Abschuppung bemerkbar. Der Icterus geht von Tag zu Tag zurück, ist jedoch bei der Entlassung noch deutlich erkennbar. Körpergewicht am 14. August 117½ Pfund. Die inneren Organe functioniren normal und erweisen sich bei der Untersuchung als gesund; nur der Puls ist in den letzten Tagen, wohl infolge des dauernden Aufseins frequenter geworden, 100—120 in der Minute. Am Herzen weder durch Percussion noch Auscultation sonst etwas Pathologisches nachzuweisen. Am 14. August wird der Kranke auf seinen Wunsch hin als geheilt entlassen, obwohl er noch einen recht schwachen und hinfälligen Eindruck macht.

(Fortsetzung folgt.)